

Tuberkulose ist gewiß eine häufige Komplikation einer schweren Form des Diabetes mellitus, doch fanden wir keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose. Eher waren wir geneigt, eine Pneumonie als Fieberursache anzunehmen. Eine Pneumonie könnte durch eine Verkühlung der ohnmächtig auf der Tragbahre angeschnallten Patientin während des weiten Transportes wahrscheinlich sein, um so mehr, als die Entfernung vom Hause der Kranken bis zu unserem Krankenhaus fast 60 km betrug und der Weg dabei über den 1000 Meter hoch gelegenen Perchauer-Sattel führte. Bei der Spitalseinlieferung wurden rechts basal mittelblasige, klingende Rgs gefunden und der Blutbefund am 30. August ergab folgenden Befund: Leukozyten: 13.100, Segmentkernige: 24%, Stabkernige: 59%, Lymphozyten: 13%, Monozyten: 4%.

Auch die Linksverschiebung im Hämogramm sprach für Pneumonie, allerdings war niemals ein rubiginöses Sputum feststellbar und die Patientin klagte nicht über Brustschmerzen, sondern über Bauchschmerzen. Sicherheits halber wurde Penicillin verabreicht, worauf sich das Fieber aber keineswegs senkte, im Gegenteil noch höher anstieg. Als die Patientin zum Sitzen kräftig genug war, wurde sie am 1. September Lungen-Rö.-durchleuchtet, wobei kein Anhaltspunkt bzw. kein Anhaltspunkt mehr für Pneumonie gefunden wurde.

Mittlerweile war die Spannung der Bauchdecken geschwunden und es wurde möglich, die Milz 1 Querfinger unter dem Rippenbogen zu tasten. Bei der Nachmittagsvisite am 1. September wurden auf der Bauchdecke der Patientin 3 bis 4 hirsekorngroße, rosarote, auf leichte Kompression lachsfarbene, leicht elevierte Effloreszenzen festgestellt, welche als Roseolen imponierten. (Die Diazoreaktion im Harn war positiv geworden. Es wurde noch am selben Abend Blut plus Galle zur Kultur und Blut zur Widal-Reaktion an das Staatlich-Bakteriologische Untersuchungsinstitut eingesandt. Ohne auf das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung zu warten, wurde die Diagnose Typhus- oder Paratyphusinfektion gestellt und eine Chloromycetinbehandlung, 500 mg 6stündig Tag und Nacht verabreicht, eingeleitet. Während dieser Chloromycetinbehandlung wurden massive Insulindosen intravenös und intramuskulär beibehalten. Das Befinden der Patientin hat sich daraufhin schlagartig gebessert (Entfieberung); das Sensorium der Patientin wird zum ersten Mal wieder frei. Da nunmehr die Patientin selbst einvernehmbar geworden ist, wird die Krankengeschichte der Patientin ergänzt:

Auf ihrem Dienstposten als Saisonköchin fiel der Patientin im Laufe des Monats August auf, daß alle Gäste in dem Dorfgasthaus, in dem sie angestellt war, an Durchfällen litten. Man glaubte, daß das Wasser, das nach einigen Regentagen plötzlich trüb und bräunlich verfärbt wurde, außerdem jauchigen Geschmack hatte, hieran schuld war und bezog daher Wasser nur mehr aus der Nachbarschaft. Während die Sommergäste nur Durchfälle zu verzeichnen hatten, wies die Kuhmagd des Hauses, die gleichzeitig auch zum Geschirrwaschen herangezogen wurde, neben den Durchfällen hohes Fieber, Kopfschmerzen und Brechreiz auf. Am 15. August mußte unsere Patientin mit der fiebernden Kuhmagd wegen Zimmermangel den Schlafraum teilen. Am 20. August wurde diese Kuhmagd wegen Paratyphus in ein Krankenhaus eingewiesen. Am 19. August erkrankte die Patientin an heftigen Durchfällen, die nach Einnahme von schwarzen und weißen Tabletten abnahmen. Die Sanitätsbehörde ließ von allen Gästen der Pension den Stuhl bakteriologisch untersuchen. Bei dieser Gelegenheit war der Stuhl unserer Patientin damals frei von darmpathogenen Keimen. Am 23. August Wiederauftreten schwerster Durchfälle, Fieber bis 38,5° C, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen, Müdigkeit, so daß das Bett aufgesucht werden muß. Am 27. August hören nun plötzlich die Durchfälle auf und ein Völlegefühl stellt sich ein. In der Mittagszeit bekommt die Patientin plötzlich furchtbare Bauchschmerzen, die bald die Form schwerster Koliken annehmen, außerdem Trockenheitsgefühl im Munde, Kreislaufschwäche, Müdigkeit und Vergesslichkeit, weswegen die Patientin in das hiesige Krankenhaus mittels Rettungswagen eingeliefert wurde. Am 2. September wurde die Widal-Reaktion Paratyphus B 1 : 800 als positiv gemeldet, am 4. September gingen aus der Blut-Galle-Kultur Paratyphus B-Bakterien auf. Hiermit war die Diagnose sicher gestellt: Koma diabeticum bei Enteritis paratyphosa B.

Das Koma diabeticum war demnach in unserem Falle nicht nur durch ungenügende Zufuhr von Autoinsulin und infolge Vernachlässigung der Zufuhr von exogenem Insulin aufgetreten. Die Verwertung und Verbrennung der Kohlehydrate erfolgte ungenügend nicht nur aus Insulinmangel bei einem schweren Diabeteskranken, sondern als erschwerender Umstand kam auch eine akute, durch eine Paratyphusinfektion bedingte Enteritis dazu, welche akute Darmentzündung die Absorption von Kohlehydraten vom Darmlumen her im hohen Grade störte.

Um bei dieser, durch zwei lebensbedrohende Erkrankungen komplizierten Situation das kleinstmögliche Risiko zu übernehmen, haben wir in diesem Falle reichlicher als gewöhnlich Dextrose intravenös verabreicht, da die Absorption von Dextrose und anderen Kohlehydraten durch den Dünndarm und vielleicht auch durch den Dickdarm nicht erwartet werden konnte. Wir haben diese reichliche Dextroseverabreichung, zwecks entsprechender antiketogener Kohlehydratverbrennung nun mit sehr hohen intravenösen und intramuskulären Insulindosen kombiniert. Trotz dieser hohen Insulindosen konnte keine Wasserretention festgestellt werden, wie dies einer von uns in seltenen Insulinbehandelten Fällen beobachtet hat (Gorlitzer: Wiener Archiv für Innere Medizin, 32 [1931], S. 141 bis 154).

Zur Bekämpfung der Paratyphusinfektion haben wir in diesem Falle Chloromycetin durch 20 Tage, etwa 5mal länger, als wir dies gewöhnlich tun müssen, verabreicht. Der Titer der Widal-Reaktion stieg am 10. September auf 1 : 1600, um am 7. Oktober auf den Titer 1 : 400 abzufallen. Im Stuhl wurden Paratyphusbakterien am 17. September nachgewiesen. Nachher waren die wiederholten Stuhluntersuchungen negativ geworden.

Die Stoffwechsellaage hat sich bei abheilender Paratyphusinfektion und Normalisierung der Darmtätigkeit in Form von normal geformten, nur einmal täglich erfolgten Defäkationen wesentlich gebessert. Bei der Spitalsentlassung am 13. November 1954 konnte die Patientin mit 30 Einheiten Insulin-Leo Retard und entsprechenden Diätvorschriften entlassen werden. Kontrolluntersuchungen bis Ende Dezember 1954 ergaben Stoffwechselgleichgewicht.

Der Krankheitsverlauf fordert auf, nach Behebung eines Koma diabeticum sich mit diesem Erfolg nicht zufrieden zu geben und trotz uncharakteristischer Fieberkurve und trotz uncharakteristischem Blutbefund an alle möglichen Infektionskomplikationen zu denken.

Für die Praxis

Chirurgische Eingriffe während Schwangerschaft

Von Prof. Dr. E. Kubányi,

Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Rochus-Krankenhauses,
Budapest

Die Aufgabe des zum Krankenbett einer schwangeren Frau zur Konsultation gerufenen Chirurgen ist zweifach schwer, da er sowohl für das Schicksal der Mutter als auch für die Erhaltung der Schwangerschaft verantwortlich ist. Die antibiotische Behandlung hat auch auf den Grenzgebieten von Chirurgie und Gynäkologie neue Ergebnisse und Anschauungen gezeitigt. Abgesehen davon, daß die postoperative Behandlung heute mit einer größeren Sicherheit geführt werden kann, wird schon bei der Feststellung der Indikation die radikale Lösung mit mehr Recht befürwortet und die mit der Abwartung verbundene Gefahr wird seltener übernommen.

Das gynäkologische Schrifttum hat sich mit dem Problem der während einer Schwangerschaft erforderlichen chirurgischen Operationen eingehend beschäftigt.

In dieser Arbeit möchten wir jene Kenntnisse zusammenfassen, die von Chirurgen besonders zu berücksichtigen sind.

Die Operationsgefahren werden unter zwei Gesichtspunkten gruppiert. Beim ersten handelt es sich um zwei Fragen: